

MODELO DE CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA



DATOS DEL CICLISTA:

- Nombre y Apellido: _____
 - DNI: _____ Edad: _____
 - Domicilio: _____
-

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL MÉDICO:

Por la presente, certifico que he examinado al Sr./Sra.

_____, con DNI N° _____,

y que al momento de la fecha se encuentra con **APTITUD FÍSICA** para realizar esfuerzos de alta intensidad y participar en la competencia de ciclismo denominada "**GRAN FONDO LA FLORIDA - SAN LUIS**", a realizarse en la provincia de San Luis el día 8 de noviembre de 2026.

El paciente no presenta contraindicaciones médicas evidentes para la práctica de ciclismo de ruta competitivo/recreativo de larga distancia.

Observaciones adicionales (opcional):

Fecha de emisión: ____ / ____ / 2026

(Validez recomendada: no más de 6 meses de antigüedad a la fecha de la carrera)

Firma y Sello del Médico